

JOBST ÁGNES*

A magyar egészségügy átalakulása a második világháború után

Államilag szervezett orvosi ellátásról Európában a felvilágosodás koráig, Kelet-Európában a 19. század közepéig nem beszélhetünk. Leginkább *Morus Tamás* 1516-ban írott utópiájában tűnik fel egy olyan ideálisan működő társadalom képe, mely polgárai egészségügyi ellátásáról szervezett formában gondoskodik. A kommunista rendszerek utópisztikus, anyagi háttér hiánya miatt fenntarthatatlan elképzelése olyan ingyenes, magas színvonalú és állami irányítás alatt álló egészségügyi ellátás volt, melynek szervezett formában kellett volna gondoskodnia az állampolgárok egészségének megőrzéséről, illetve helyreállításáról. Magyarországon 1945 után az alábbi változások történtek ennek megteremtésére az egészségügyi ellátás terén.

A koalíciós időszakban a hazai egészségügy működése a háború előtti állapothoz képest nem változott. Az ambuláns betegellátás egy része a magánorvosi rendszeren alapult, a nagyobb egészségügyi intézetek pedig részben kommunális, illetve egyházi fenntartásúak voltak, részben a rohamosan terjeszkedő biztosítóintézetek finanszírozták őket. A fordulat évében valamennyi egészségügyi intézetet államosították, a biztosítótársaságokat pedig a Biztosítótársaságok Országos Szövetségébe tömörítették. Hiába utalták azonban az egészségügyet állami feladatkörbe, hiába deklarálták ingyenességét, ezek megvalósításához egyelőre számos feltétel hiányzott.

Miután az intézmények államosításával a szocialista egészségügy tárgyi feltételeit többé-kevésbé megteremtették, az orvosokat is be kellett vonni az állami szolgálatba. A háború előtt a járóbeteg-ellátás keretében gyakorolható orvosi szakmák képviselői főként a magánpraxisból éltek, s az állásvállalás a biztosítóintézeteknél a kezelés színvonalát rontó szabályok és stílus miatt lenézett dolognak számított. A háborút követően az orvosok közül sokan mégis szívesen vállaltak állami szolgálatot, hiszen az általános elszegényedés talaján a magánpraxis keveset jövedelmezett. Akadtak természetesen olyan hiányszakmák is, például a fogorvosok, melyek ekkor is megfelelő jövedelmet biztosítottak, így ezen szakmák képviselői nem igyekeztek közszolgálati állást betölteni. Megoldást erre a 25/1952. (III. 30.) Minisztertanácsi rendelet hozott, mely a magánpraxis folytatását az állami egészségügyben való alkalmazáshoz kötötte, tehát a hiányszakmák képviselőit is az állami egészségügyi szolgálatban való részvételre kötelezte.

Fontos problémát jelentett és számos visszás helyzetet eredményezett, hogy az úgynevezett társadalombiztosítás csak névleg volt társadalmi kiterjedésű, valójában ugyancsak szűkre szabott

* Semmelweis Orvostörténeti Múzeum, Könyvtár és Levéltár, 1013 Budapest, Apród u. 1–3.

keretek között működött. A Horthy-rendszer biztosítottsági aránya a háborút követően alig változott, aminek oka az egészségügyi hálózat fejlesztésének elmaradása, a megfelelő személyi és tárgyi feltételek hiánya volt. Érdekes, ám a rendszerre jellemző paradox módon a biztosítottak és a biztosítatlanok körét a tényleges társadalombiztosítási járulék befizetésétől függetlenül, központilag határozták meg, azaz politikai döntés eredményévé tették. A kezdet kezdetén – a fordulat évében – felmerült ugyan a biztosítási jogoknak vagyoni helyzethez kapcsolása, ami azt jelentette, hogy a munkásság mellett a kisiparosok és kiskereskedők is részesedhetek volna az egészségbiztosítás jogában. Ez nem valósult meg, így az ingyenes egészségügyi ellátás 1949-ben a lakosságnak mindössze 41%-ára terjedt ki. A falusi parasztság tömegei még az 1960-as évek fordulóján is biztosítatlanok voltak, betegbiztosításukra csak az erőszakos szövetkezetesítéssel került sor, aminek vonzerejét minden eszközzel, így ezzel is növelni kívánták. Így érték el, hogy 1961-ben a lakosság 94, 1963-ban pedig már 97%-a részesült ingyenes egészségügyi ellátásban, azaz ekkor valósult meg a másfél évtizeddel korábban névlegesen beígért társadalombiztosítás.

Nem elhanyagolható problémaként jelentkezett a biztosítatlan tömegek egészségügyi ellátása. Ami a járóbeteg ellátást illeti, ez a szocialista egészségüggyel összeegyeztethetetlennek tűnő magánpraxisra hárult. Ezzel kapcsolatban a gondot az jelentette, hogy bizonyos szakmákban vidéken magánrendelő nem működött, az esti órákban megtartott rendelések pedig a közlekedési nehézségek miatt elérhetetlennek bizonyultak. Még ennél is nagyobb problémát okoztak a kórházi vagy klinikai ápolásra szoruló biztosítatlan fekvőbetegek. Őket – jobb megoldás híján – az állami egészségügyi intézetekbe irányították, s ott térítés ellenében végezték gyógyellátásukat.

A betegellátás színvonalát illetően a következőket állapíthatjuk meg. A rendelőintézeti ellátás kedvezőtlen körülmények között folyt, hiszen az orvosok számának növekedése korántsem állt arányban a biztosítottak számának növekedésével. A rendelő előtti várakozás kínosan hosszúvá nyúlt, s a beteg már az orvosírnok jelenléte miatt sem maradhatott négy szemközt orvosával. Az intimitás hiányának orvos és beteg kapcsolata látta kárát. A rendelőintézetek zsúfoltsága miatt tehát a biztosított betegek körzeti és szakorvosi ellátása számos kívánnivalót hagyott maga után. A kórházak hasonlóképpen zsúfoltak voltak, a betegek felvétele súlyos esetben is nem egyszer halasztást szenvedett. Mindezek miatt a biztosítottak egy része is magánbetegként fordult orvosához, mert ezáltal remélt alaposabb vizsgálatot, jobb gyógykezelést, gondosabb ellátást. Sokatmondó adat, amely szerint 1954-ben a budapesti magánpraxis 80%-a a biztosított betegek köréből került ki!

A magánygyakorlatot közszolgálati állás betöltéséhez kapcsoló, már idézett, 1952-es Minisztertanácsi rendelet alapozta meg a magánygyakorlat és a közszolgálatban végzett egészségügyi gyakorlat összemosásának vádját és lehetőségét. Hiszen a magánygyakorlat kizárólag járóbeteg ellátás keretében működőképes. Amennyiben a beteg állapota fekvőbeteg intézeti háttérrel, műszeres vizsgálatot tett szükségessé, az állami egészségügyi intézet igénybevétele megkerülhetetlen volt. Az egészségbiztosítással nem rendelkezők széles tömegei azonban állami intézetben bárminemű ellátást kizárólag térítés ellenében nyerhettek. A biztosított és fizető betegellátás ténye ugyanazon intézményben már önmagában visszaélések csíráját hordozta. Külön problémát jelentett a fizetés módja, a kezelésért, beavatkozásért járó összeg átadása. Hány százalék illesse vajon a főorvost, mennyi a kezelőorvost, mennyi járjon az asszisztenciának és az ápoló személyzetnek? Már a pusztán kérdésfeltevés is szöges ellentétben állt a szocialista egészségüggyről vallott elképzelésekkel! A fizető betegek ellátása állami egészségügyi intézetekben azt eredményezte, hogy az orvosok egy része munkaidőben, az állami intézmény felszerelésének és asszisztenciájának díjtalan igénybevételével tett szert külön jövedelemre. Ezt a folyamatot tovább gerjesztette, hogy a tárgyalt időszakban az orvostársadalomnak hol egyik, hol másik rétegét tiltották el magánpraxis folytatásától. 1956-ig a katonáorvosokat, a Kádár-rendszer egy időszakában pedig a klinikai professzorokat sújtotta ez a tilalom, mely épp az orvostársadalom legképzettebb rétegét fosztotta meg a magánygyakorlat lehetőségétől. Ezek a tilalmak a magánygyakorlatból kizártakat szinte rákényszerítették arra, hogy magánpraxisukat munkahelyükön alakítsák ki, amire az ún. igazgatói, kompenzációs, illetve tancélú ágyak adtak lehetőséget. A magánygyakorlat és az állami egészségügy szétválasztására számos javaslat született, ám tiszta helyzetet ezek egyike sem eredményezett. Ezért alakultak meg 1958-ban az

Orvos-Egészségügyi Dolgozók Szakszervezete által irányított orvosetikai bizottságok, melyek fő feladatuknak az intézményen belüli magánpraxis és az ezzel járó, közkeletű nevén paraszolvencia visszaszorítását tekintették.

Az államilag deklarált ingyenes, magas színvonalú és egységes egészségügyi ellátásról szólva, a következőket állapíthatjuk meg. Az állampolgár fizetéséből eleve levonták a társadalombiztosítási járulékot, tehát biztosítást fizetett. Amennyiben megbetegedett, járóbetegként gyógyszerért fizetnie kellett, táppénzként pedig fizetésének csak meghatározott százalékát kapta kézhez. Ellátását mégsem nevezhetjük magas színvonalúnak. Amennyiben gondosabb kezelésre vágyott, két megoldás közül választhatott. Vagy magánorvoshoz fordult, vagy az állami intézetben külön honoráriumot, azaz paraszolvenciát fizetett, betegsége ellátását tehát mindkét esetben kétszeresen is megfizette. Ismét szegényebbek lettünk egy illúzióval! Napjainkra immáron egyértelműen bebizonyosodott, hogy a népesség államilag garantált ingyenes egészségügyi ellátása pusztán kísérlet volt, mely nem váltotta be a hozzá fűzött reményeket. Nem véletlen, hogy megindult nemrég egy folyamat, amely a betegségi ellátást a társadalombiztosítás talajára visszahelyezve próbálja megőrizni az egészségügy működőképességét.